

Герпетическая инфекция.
Ветряная оспа. Герпес
вирусная инфекция.



ЭТИОЛОГИЯ.

- Герпетическая инфекция – **простой герпес 1** (поражение назолабиальной области) и **2 типа** (генитальный герпес и генерализованные формы болезни у новорождённых).
- Герпес вирусная инфекция – ветряная оспа и опоясывающий герпес обусловлены вирусом **varicella zoster**.
- Герпес вирусная инфекция – инфекционный мононуклеоз возбудителем которого является **вирус Эпштейна – Барр**.
- герпес вирусные инфекции – ЦМВ инфекция, герпес 6-го, 7-го и 8-го типов (мононуклеозоподобные заболевания, лимфадениты, стоматиты, вирусные экзантемы, внезапная экзантема, длительная лихорадка, судорожный с-м, поражение нервной системы, сиалоадениты, субфебрилитеты и СХУ).

Этиология и эпидемиология ветряной оспы.

- *Varicella zoster* – ДНК содержащий вирус, не стоек в окружающей среде, живет и размножается только в человеческом организме и тропен к коже, слизистым оболочкам и в меньшей мере – к нервной системе. В огромном количестве находится в везикулах в первые 3-4 дня болезни и к 7-му дню как правило уже исчезает.
- Контагиозность 90 %
- Эпидемиология: источник инфекции – больные ветряной оспой и опоясывающим герпесом. Высокая восприимчивость. Больные ВО становятся заразными за 20-24 ч до появления экзантемы и продолжают быть заразными в течение 5 дней с момента появления последнего элемента сыпи.
- Путь передачи – воздушно-капельный и трансплацентарный.
- Заразный период для опоясывающего герпеса 8 дней.
- Наиболее восприимчивы к ВО дети 2-7 лет.
- В результате перенесённой инфекции формируется стойкий иммунитет, сохраняющийся пожизненно.



Опорно-диагностические признаки ветряной оспы.

- Контакт с больным.
- Инкубационный период 10-21 день, чаще 14-17 дней.
- Перед появлением сыпи – короткий продромальный период (лихорадка, недомогание, снижение аппетита).
- Высыпания возникают периодически, поэтому и лихорадка может быть волнообразная, характерна этапность высыпаний (толчками с интервалами 24-48 часов), излюбленной локализации нет, сыпь может быть повсеместно и характерно её появление на волосистой части головы, слизистых. Редко может появляться на ладонях и стопах.
- Полиморфизм экзантемы (от пятен до везикул и корочек).
- не всегда элементы сыпи прорывают полный курс развития. Может на стадии пятна или папулы быть обратное развитие.
- сыпь зудящая
- помимо типичной формы есть стёртые
- Тяжёлые формы – геморрагическая, гангренозная, генерализованная.







Осложнения ветряной оспы.

- Энцефалит
- Менингоэнцефалит
- Миелит
- Неврит
- Ветряночные пневмонии
- Бактериальные осложнения – флегмона, абсцесс, рожа, лимфаденит, буллёзная стрептодермия.
- Представляет опасность для беременных, особенно в первые 4 месяца. Риск рождения ребёнка с ветряночным синдромом. При заражении во второй половине беременности младенец может приобрести и латентную форму, вследствие чего у него в первые годы жизни развивается опоясывающий герпес.

Полиморфизм сыпи при типичном течении ВО.



Поражение слизистой ротоглотки.



Буллёзная форма течения ВО.



Гангренозная форма.





Уход и лечение за пациентом.

- В острый период соблюдение постельного режима и лечебное питание.
- Кормить маленькими порциями и чаще, обильное питьё
- Покой эмоциональный и физический
- Следить за чистотой постельного и нательного белья
- Регулярные проветривания помещения
- При светобоязни комнату следует затемнять
- Избегать мацерации и повреждения везикул
- Ногти ребёнка на руках должны быть короткими и чистыми, регулярно мыть руки
- Следить, чтобы ребёнок не отдираал корочки
- Обработка везикул анилиновыми красителями для предотвращения присоединения вторичной инфекции и более быстрого подсыхания пузырьков.
- При наложении бактериальной инфекции назначаются антибактериальные препараты.
- Антигистаминные, жаропонижающие, антисептические местные средства.
- При тяжёлых формах и при нарушении иммунитета показано применение противовирусных препаратов

Профилактические мероприятия.

- Раннее выявление и изоляция больных, а так же незащищенных лиц для проведения экстренной профилактики
- Активная иммунизация в течении 72-96 часов от контакта
- Вакцинация варилриксом
- Пассивная иммунизация иммуноглобулином так же в течении 72-96 часов
- Больной ВО изолируется на 9 дней с момента появления сыпи
- После изоляции тщательно проветриваются помещения и проводят влажную уборку
- Так как вирус нестойкий то дезинфекцию не проводят
- Дети до 7 лет, бывшие в контакте с больным ВО и не болевшие ранее, разобщаются с 11-го до 21 дня контакта(изолируются дома), дети с 7 лет не изолируются.
- В очаге инфекции с числом случаев 2 и более в одном коллективе допускается лабораторная диагностика контактных для выявления неиммунных и с атипичными формами
- Прекращается прием новых и временно отсутствующих детей, не болевших и не привитых
- Запрещается участие в массовых мероприятиях
- Дважды в день проводится влажная уборка, УФО помещения, не менее 4-х раз проветривание по 10 минут.

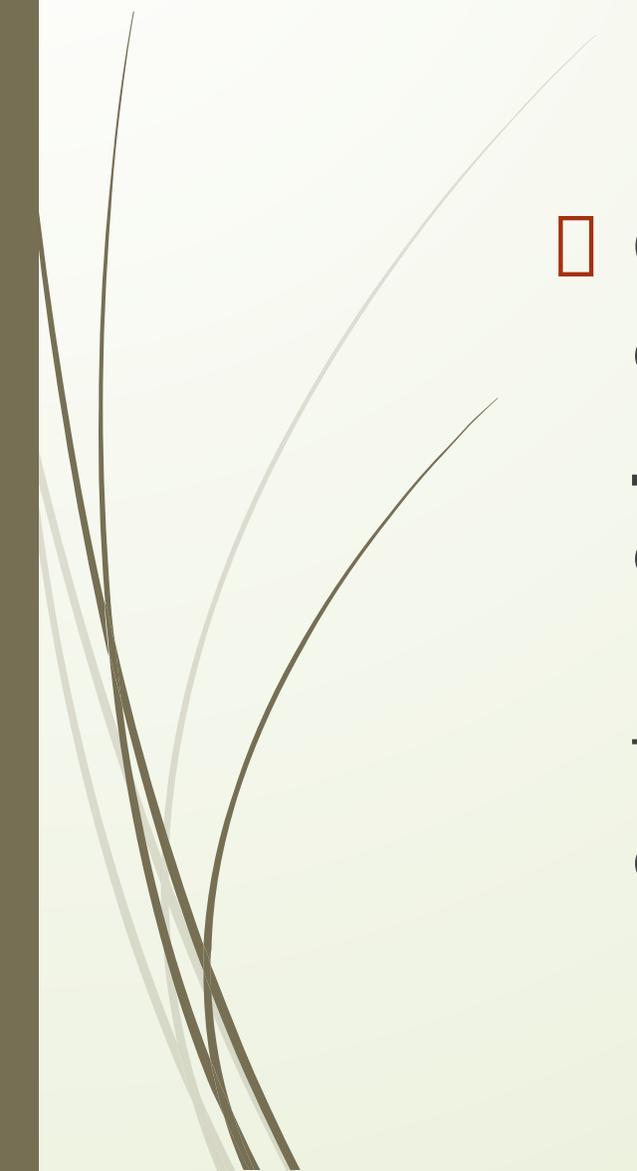


Новые СП 3.1.3525-18 « профилактика ВО и опоясывающего лишая»

- Вступил в силу с 1\05\2018 года.
- Срок действия 10 лет до 01\02\2028 г.
- Каждый случай опоясывающего герпеса как и ВО подлежит регистрации и учету в журнале
- Показания к лаборат обследованию – подозрение на повторное заболевание, заболевание у привитых, стертые и малосимптомные формы.
- Диспансерное наблюдение за переболевшими ВО не проводится



Инфекционный мононуклеоз.

- Определение – ОИЗ, характеризуется системным лимфопролиферативным доброкачественным процессом, сопровождается лихорадкой, генерализованной лимфаденопатией, тонзиллитом, гепатолиенальным синдромом и специфическими изменениями в гемограмме.
- 



ЭТИОЛОГИЯ



- Возбудитель – вирус Эпштейна-Барра.
- Является представителем онкогенных ДНК-содержащих вирусов.
- Имеет сложную антигенную структуру, на чём и основана диагностика
- Инфекционный мононуклеоз – одна из форм болезни ВЭБ
- Может вызывать лимфому Беркита, носоглоточную карциному и др опухолевые процессы у иммунодефицитных.
- Вирус очень неустойчив во внешней среде.



Эпидемиология.

- Источник инфекции – больной типичной или стёртой формами и вирусоноситель.
- От больных вирус выделяется в инкубационном периоде, во время разгара клинических проявлений и в период реконвалесценции в течение 4-24 нед, иногда и дольше.
- Основной путь передачи – воздушно-капельный
- Контагиозность низкая
- Лица инфицированные ВЭБ всю жизнь сохраняют вирус и периодически его выделяют



ДИАГНОСТИКА

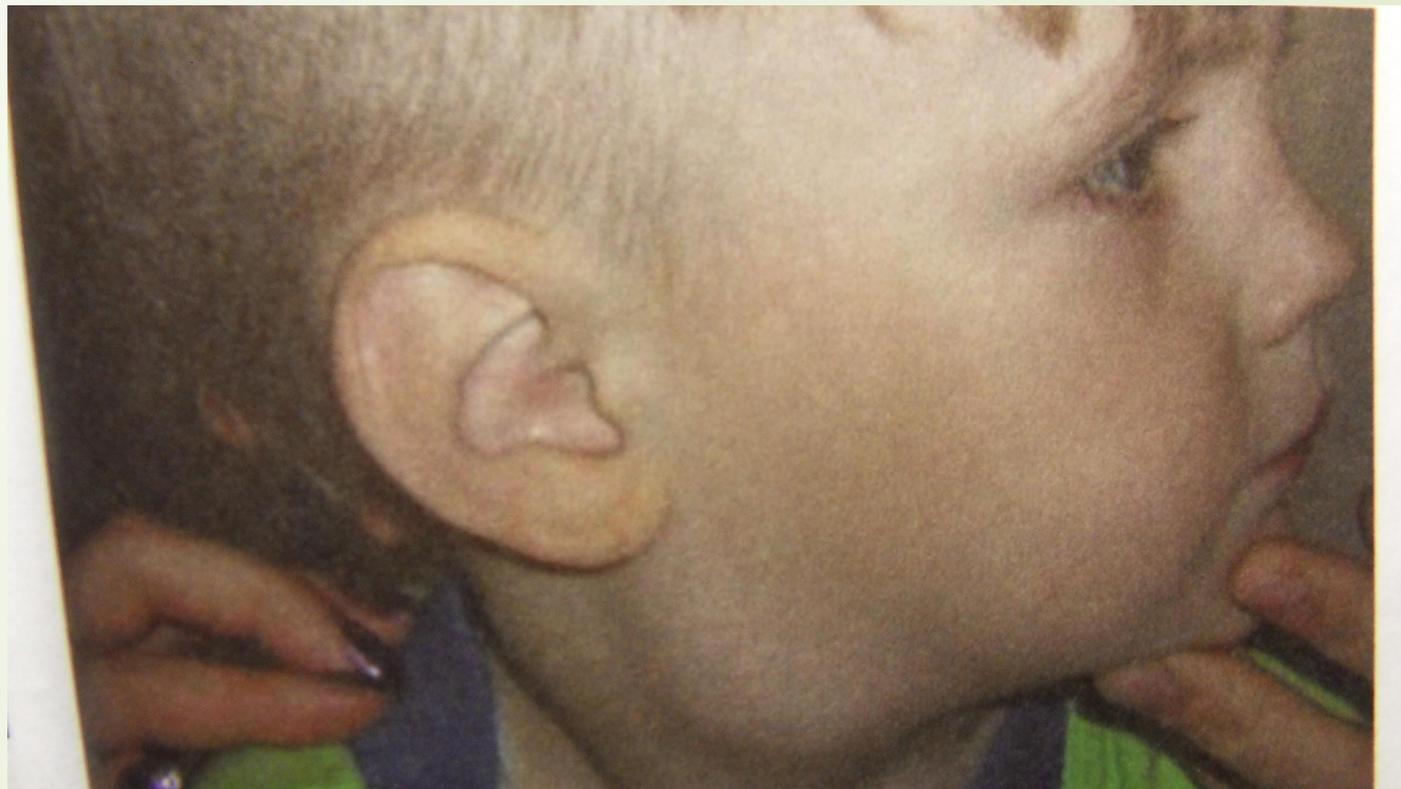
- ИФА крови на наличие специфических антител (к ядерному, раннему и капсидному антигенам).
- ПЦР крови, слюны, мочи на наличие ДНК вируса.
- В клиническом анализе крови выраженный моноцитоз, атипичные мононуклеары.
- По клиническим и эпидемиологическим данным
- По клинико-анамнестическим данным

Клиническая картина.

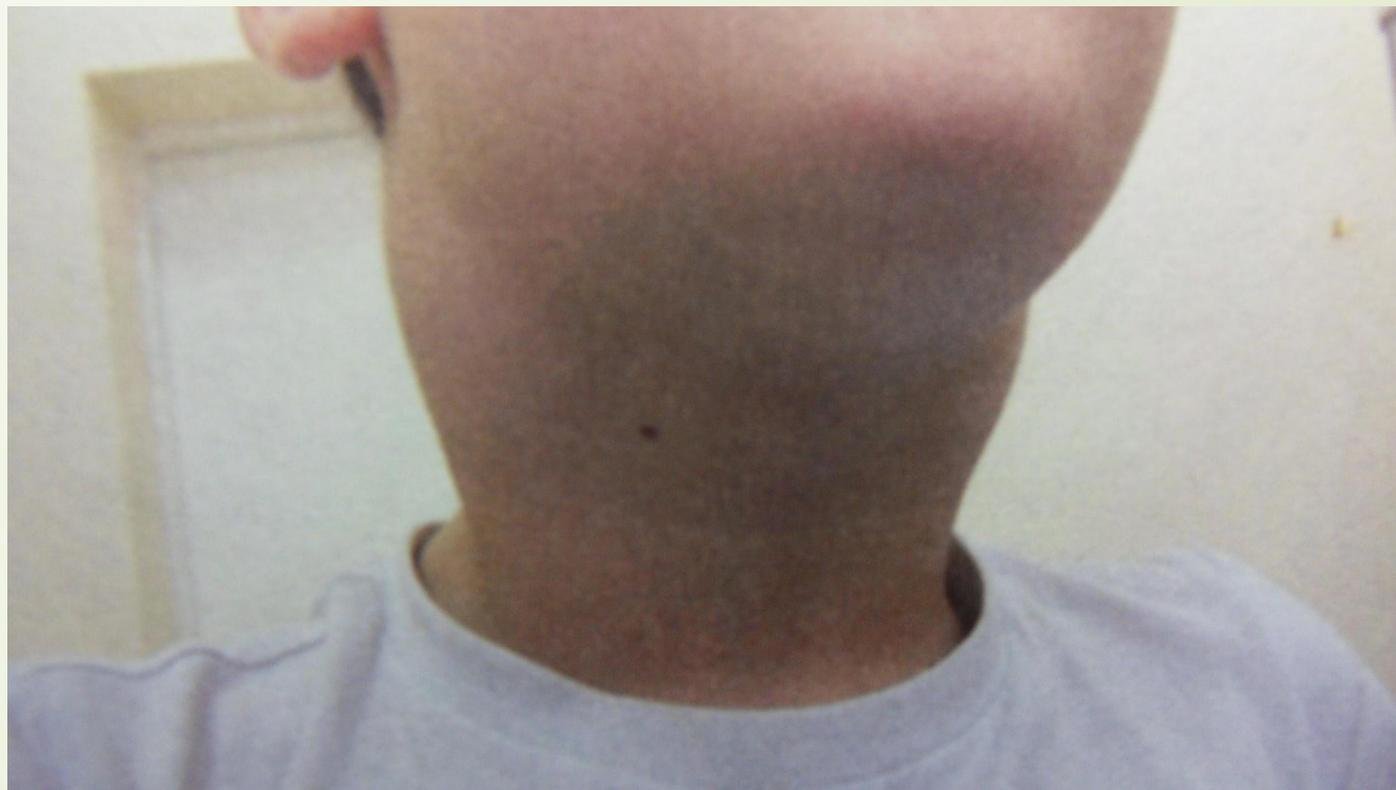
- Инкубационный период-30 дней, максимум 50 дней
- Начало чаще постепенное, недомогание, слабость, заложенность носового дыхания, храп во сне, пастозность лица
- Позже появляется повышение температуры тела и появление налетов на миндалинах
- Может начинаться и остро
- Начальный период длится 4-5 дней, к концу первой недели разворачивается основной симптомокомплекс
- Почти у всех увеличены ЛУ, преимущественно подчелюстные и заднешейные
- В ротоглотке характерно значительное увеличение миндалин
- Появляются налёты островчатые, в виде полосок, сплошные, бело-серые бело-жёлтые, длительно держатся до 2-х недель
- К концу первой недели появляется увеличение печени и селезёнки, АЛТ и АСТ повышаются в 10-15 %
- В 15 % -экзантема, преимущественно при применении пенициллинов и аминопенициллинов
- Характерны изменения в крови – атипичные мононуклеары

ВНЕШНИЙ ВИД БОЛЬНОГО.





Шейный лимфаденит.



Экзантема.



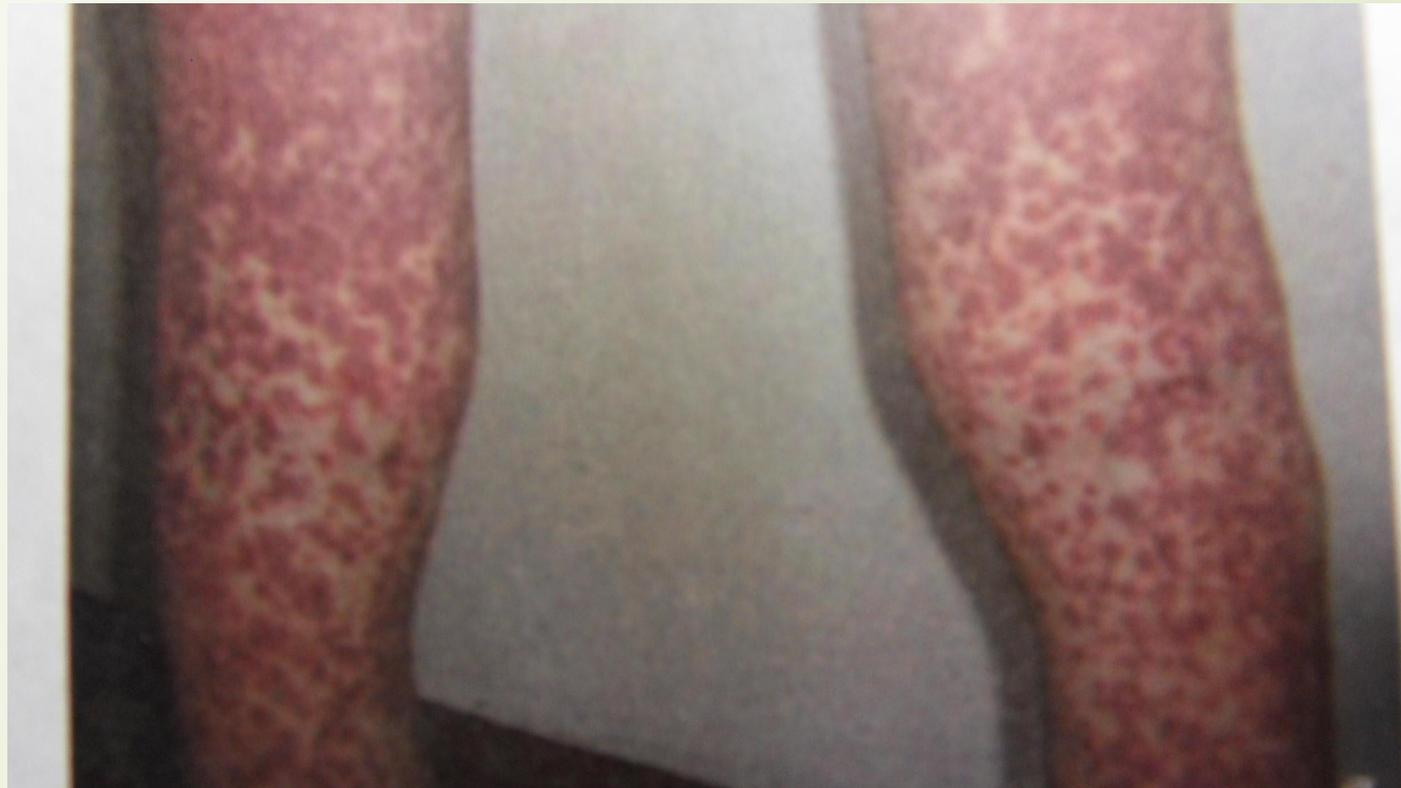
Тонзиллит при ИМ



ТОНЗИЛЛИТ.



Токсическая сыпь.



Токсическая сыпь при использовании флемоклава.





Осложнения.

- Ранние – разрыв селезёнки, асфиксия, миокардит, интерстициальная пневмония
- Неврологические осложнения – энцефалит, паралич черепных нервов, менингоэнцефалит, полиневрит.
- Поздние осложнения – гемолитическая анемия, тромбоцитопеническая пурпура, гепатит, АИЗ.
- Возможно рецидивирующее и хроническое течение
- Формирование иммунодефицитного состояния, на фоне чего наблюдаются частые ОРЗ, рецидивирующие тонзиллиты, астеновегетативного с-ма

Рекомендации по уходу

- Соблюдение постельного режима в острый период болезни
- При выраженной заложенности носового дыхания – возвышенное положение пациента во сне
- Использование сосудосуживающих капель (ограниченно)
- Контроль за выполнением врачебных рекомендаций по лечению (противовирусные, антибактериальные, антигистаминовые препараты, жаропонижающие, гепатопротекторы)
- Сдача диагностического анализа крови и после лечения контрольного (АЛТ если была повышена и клинич анализ крови)
- Мед. отвод от прививок 1 мес
- Диспансерное наблюдение 6-12 мес с посещением врача с рез-ми КАК и АЛТ ерез 1 мес после выздоровления и далее каждые 3 мес .
- Мед. отвод от УФО, солнечных инсоляций в течении 6-12 мес.
- В период реконвалесценции – избегать контакта с больными ОРЗ и другими инфекциями.
- Поливитамины.